

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 39

DE
L'HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE

TOTALE SOUS-PÉRITONÉALE

(Procédé de Jaboulay)

PARALLÈLE AVEC LES AUTRES MÉTHODES D'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston NIVOLLET

Né le 7 Août 1874, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 39

DE

L'HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE

TOTALE SOUS-PÉRITONÉALE

(Procédé de Jaboulay)

PARALLÈLE AVEC LES AUTRES MÉTHODES D'HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston NIVOLLET

Né le 7 Août 1874, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUCHEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	X.
Clinique des maladies mentales.	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie.	HUGOUNENQ.
Anatomie.	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale.	TRIPPIER.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;

MM. FABRE et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE

A MONSIEUR CL. FAIVRE

A MADAME V^{ve} FAIVRE

A MES TANTES

PRÉFACE

Arrivé au terme de mes études médicales, il m'est doux de remercier tous mes professeurs et d'assurer tous mes maîtres de mon éternelle reconnaissance.

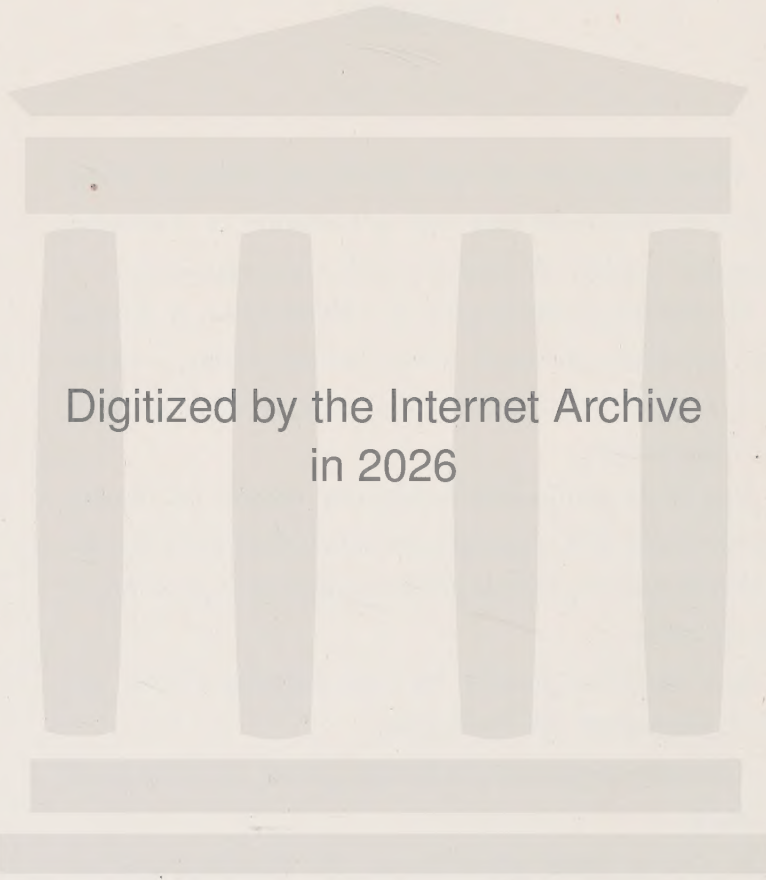
M. Jaboulay, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a droit à tous mes remerciements, c'est à lui que je dois le sujet de ce travail, c'est grâce à lui si cette modeste étude a quelque valeur.

Que M. le professeur Laroyenne reçoive ici l'assurance de mes très respectueuses salutations pour le très grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

Je n'oublierai jamais les très savantes leçons de M. le professeur M. Pollosson.

A tous mes maîtres de la Faculté je dis merci du fond du cœur.

Je n'aurai garde d'oublier ici M. Viannay, interne des hôpitaux, dont les savantes leçons et les sages conseils me furent si souvent nécessaires.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE L'HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE

TOTALE SOUS-PÉRITONÉALE

(**Procédé Jaboulay**)

PARALLÈLE AVEC LES AUTRES MÉTHODES D'HYSTÉRECTOMIE

INTRODUCTION

HISTORIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE

L'ablation de l'utérus, ou *hystérectomie*, peut passer pour une acquisition chirurgicale récente, si l'on considère seulement l'époque où cette opération entra dans la pratique courante et ne donna plus qu'une faible mortalité.

Il y a déjà longtemps que l'on a eu l'idée et tenté d'extirper la matrice. Au dire de Velpeau, la première mention que l'on rencontre de cette opération se trouve dans Soranus d'Ephèse.

Mais les faits anciens sont rapportés très succinctement et, souvent même, sujets à caution.

Les premières hystérectomies furent faites dans des cas de prolapsus, et malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouvèrent les anciens chirurgiens qui les premiers tentèrent cette intervention, ils obtinrent quelques succès.

Sans parler des exemples cités par Moschion, Aven-

soar, Rhasès, Mercurialis, Wœga, Fernel, etc., nous en trouvons un qui ne peut être révoqué en doute, dans A. Paré. L'opération eut lieu en 1575, le jour des Rois, et la femme ne mourut que trois mois après, d'une autre maladie. A l'ouverture du corps, Paré put constater l'absence de la matrice, et il fait remarquer, comme chose admirable, que la nature s'était bornée à bâtir une simple dureté dans le fond du bassin, à la place de l'organe extirpé.

Après l'utérus en *prolapsus*, les chirurgiens s'attaquèrent à l'utérus en état d'*inversion*. On pratiqua soit la ligature, soit l'excision de la partie retournée de la matrice ; mais ces interventions incomplètes ne peuvent être regardées comme de véritables hystérectomies.

Si l'on en croit Lazzari, l'enlèvement de l'utérus en totalité et non déplacé, aurait été pratiqué trois fois par Monteggia, vers le commencement de ce siècle. De Siebold veut aussi qu'Osiander père l'ait exécutée une fois avec succès. Il paraît du moins certain que, le 13 avril, 1812 l'hystérectomie fut effectivement pratiquée par Paletta ; mais ce fut une méprise de sa part ; l'auteur ne voulait enlever que le col devenu cancéreux, et ne reconnut qu'il avait détaché l'utérus entier, qu'en examinant la pièce après l'opération. C'est à Santer, de Constance, qu'on doit d'avoir, le premier, conçu le projet de cette opération et de l'avoir exécutée.

Le 26 juillet 1829, Récamier pratiqua le premier l'hystérectomie vaginale en France, et il eut le mérite de déterminer d'une façon nette et précise, dans ce qu'il a d'essentiel, le procédé opératoire pour l'extirpation totale de l'utérus par le vagin. Mais pendant longtemps,

les résultats de cette opération furent ce qu'ils devaient être, en l'absence de toute précaution aseptique, c'est-à-dire déplorables. Un grand nombre de malades mouraient d'hémorragie ou de péritonite, ou encore de récurrence cancéreuse, car Récamier et ses imitateurs enlevaient surtout, par le vagin, des utérus cancéreux.

L'hystérectomie *abdominale* est de date plus récente. Elle fut décrite et positivement proposée, en 1814, par Gutberlat. Langenbeck fut le premier chirurgien qui osa en faire l'application pendant la vie. Il fut imité en France par Delpech. Cette opération ne donna d'abord que des insuccès, non imputables, d'ailleurs, à une faute opératoire : les malades mouraient invariablement de péritonite, et cette redoutable complication des laparotomies, dans la période pré-antiseptique de la chirurgie, interdit longtemps aux chirurgiens de tenter l'extirpation de l'utérus par le ventre.

En 1839, Velpeau écrivait cette phrase prophétique : « S'il était jamais prouvé que de larges ouvertures aux parois du ventre peuvent être sans danger, nul doute que la méthode hypogastrique perfectionnée ne finît par rendre l'extirpation de la matrice assez facile. »

Aujourd'hui, l'on peut faire sans danger de larges ouvertures aux parois du ventre, et l'hystérectomie abdominale est devenue une opération courante.

La technique de cette opération avait, d'ailleurs, été perfectionnée, dès avant l'avènement de l'asepsie, par Kœberlé et Péan, qui firent entrer dans la pratique chirurgicale l'hystérectomie abdominale avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

Depuis une vingtaine d'années, sous le couvert de

l'asepsie, l'extirpation de l'utérus est devenue une opération courante, presque bénigne, et les procédés d'hystérectomie se sont multipliés.

Les deux principales méthodes — et les plus anciennes — sont : l'hystérectomie *abdominale* et l'hystérectomie *vaginale*.

La première consiste dans l'extirpation de l'utérus par le ventre, à travers la paroi abdominale incisée dans sa totalité ; la seconde consiste dans l'ablation de l'utérus par le vagin.

Chacune de ces deux grandes méthodes comporte un très grand nombre de procédés, sur lesquels ce n'est pas ici le lieu de nous étendre.

Tout récemment, la chirurgie s'est efforcée d'ouvrir des voies nouvelles pour arriver jusqu'à l'utérus. Otto Zuckerkandl a proposé la *voie périnéale, par dédoublement de la cloison recto-vaginale*, au moyen d'une incision transversale, de façon à se donner tout l'espace compris entre les tubérosités ischiatiques, au lieu d'être limité par les parois du vagin.

L'incision *para-sacrée* et *para-rectale* de Zuckerkandl et Wölfler pourrait, d'après ces auteurs, donner pendant l'hystérectomie un jour suffisant dans les cas difficiles.

On a encore appliqué à la gynécologie l'*opération préliminaire* imaginée par Kraske pour arriver profondément dans le bassin, sur le rectum cancéreux. Cette opération consiste à extirper le coccyx et la partie inférieure du sacrum, de façon à créer une très large brèche où l'on manœuvre à l'aise. On a fait ainsi, dans ces dernières années, un grand nombre d'hystérectomies par la *voie sacrée*.

Enfin, tout dernièrement, M. Jaboulay a décrit un nouveau procédé d'hystérectomie, qu'il a dénommé « hystérectomie sus-pubienne totale, sous-péritonéale ». C'est ce procédé que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Il consiste essentiellement dans une incision sus-pubienne médiane allant jusqu'au péritoine *exclusivement*, et permettant de décoller et récliner ce péritoine pariétal, de pénétrer dans le ligament large en continuant le décollement péritonéal sur toute la surface de l'utérus, que l'on arrive à extirper en laissant dans le ventre toute sa tunique séreuse.

Voici d'ailleurs la description que M. Jaboulay a donnée de son opération, dans le *Lyon médical* de 1899.

« Cette opération a pour but de laisser la *cavité péritonéale* et les anses intestinales à l'abri de toutes les manœuvres qui aboutissent à l'ablation d'un utérus fibromateux ou cancéreux, et de réaliser d'emblée une hémostase parfaite, en pleine sécurité.

« Elle comprend les temps suivants :

« 1° La laparotomie sous-ombilicale médiane, *jusqu'au péritoine exclusivement* ; l'incision descend sur le pubis.

« 2° L'opérateur enfonce la main en dehors de la vessie, sous le péritoine qu'il décolle et récline, de façon à pénétrer dans le ligament large ; le décollement se poursuit dans son épaisseur, et l'uretère est reconnue d'abord, ainsi que l'artère utérine ; celle-ci est liée. En remontant plus haut, on arrive, toujours sous le péritoine, vers les parties profondes de l'ovaire et de la trompe. L'anastomose de l'artère utéro-ova-

rienne et de l'utérine est cherchée et liée encore. Si le ligament rond gênait ces manœuvres (ce que nous n'avons pas rencontré), il serait sectionné lui aussi dans sa portion sous-péritonéale, et rendu libre de ses connexions avec le canal inguinal.

« La même manœuvre est répétée pour le ligament du côté opposé, en pénétrant toujours dans son épaisseur, en avant et dans le voisinage de la vessie ; mêmes recherches des organes et mêmes ligatures, qui seront appliquées sur les veines qui donnent du sang. Pour bien séparer l'utérus de la vessie, il faut pénétrer dans l'épaisseur du ligament large, au-dessus du cordon de l'artère ombilicale et récliner celui-ci en bas et en avant. Le doigt profite de ce décollement du ligament large pour aller en bas au contact du vagin ; avec les ciseaux, on ouvre les culs-de-sac pour libérer le col utérin de ses attaches, en totalité ou en partie.

« Cependant, nous avons aussi procédé autrement : l'hémostase faite dans un ligament large, le vagin est ouvert aux ciseaux, le col attiré avec la pince de Musent, et c'est après le renversement de bas en haut de l'utérus, le col en haut, que j'ai fait le décollement et l'hémostase du ligament large opposé, puis la ligature des annexes et leur excision.

« 3^e Cette dissection des ligaments larges étant opérée, le péritoine ayant toujours été respecté, le col utérin est saisi avec une pince à utérus, et attiré hors du ligament large en avant et en haut, par un côté, celui où se trouve l'opérateur, ou bien sur la ligne médiane. Le reste de l'utérus vient ensuite, détachant progressivement ses adhérences d'avec le voisinage, d'avec ses

vaisseaux, et il ne lui reste plus de contact intime qu'avec les annexes, qui sont liées et excisées, et le péritoine du fond de l'organe.

« On continue avec le doigt ce décollement, et l'on peut arriver à avoir la matrice entière avec une petite couverture séreuse.

« Parfois la séreuse se déchire transversalement et ouvre la voie de sortie aux anses d'intestin grêle qui sont facilement maintenues.

« En cas d'adhérences épiploïques ou autres, il serait facile d'en venir à bout, après l'ouverture tardive du péritoine pelvien ; la cavité péritonéale ne reste pas exposée à l'infection aussi longtemps que lorsque, après leur destruction, il faut procéder aux manœuvres d'extirpation de l'utérus. L'ouverture transversale de la séreuse est suturée, et l'anfractuosité sous-séreuse a dans le vagin une voie d'écoulement facile, qui, par sa facilité même, protège le péritoine sus-jacent.

« Ce procédé, nous l'avons employé aussi pour les opérations qui demandent, avec le sacrifice de l'utérus, celui des annexes enflammées ou atteintes de tumeurs ; dans ces cas encore, la mobilisation préalable de l'utérus et l'hémostase du petit bassin assurent une plus grande simplicité aux manœuvres intra-péritonéales que nécessiteront les maladies des trompes, des ovaires ou du fond de la matrice.

« C'est se conformer au mode de développement embryologique de l'utérus et se rappeler qu'il est un organe à développement sous-séreux, que de suivre le procédé opératoire que nous proposons aujourd'hui, après l'avoir employé avec succès. »

Ainsi, l'opération de M. Jaboulay consiste dans une véritable *décortication sous-séreuse* de l'utérus, qu'il s'agit d'énucléer de la gangue séro-conjonctivo-vasculaire que lui forment les deux ligaments larges.

Il nous semble que cette opération avec ses différents temps ne saurait être bien comprise, si l'on n'a présents à la mémoire les rapports exacts de l'utérus avec sa gangue séro-conjonctivo-vasculaire et les organes qui y sont contenus. Aussi, dans un premier chapitre, rappellerons-nous ces rapports; dans un second chapitre, nous décrirons en détail le manuel opératoire de l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale; enfin dans un troisième et dernier chapitre, nous chercherons à l'apprécier et à la mettre en parallèle avec les autres méthodes d'hystérectomie.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE ANATOMIQUE : CONNEXIONS DE L'UTÉRUS AVEC LE PÉRITOINE PELVIEN

L'utérus est situé au centre de cette large cloison transversale formée par les ligaments larges, qui, jetée en travers du bassin, divise l'excavation pelvienne en deux compartiments, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Cette cloison est constituée de la façon suivante : le péritoine pelvien semble jeté sur l'utérus et les trompes comme un linge sur un cordeau ; il retombe de part et d'autre de ces organes en avant et en arrière. *Sur les côtés*, les deux feuillets péritonéaux s'accolent l'un à l'autre, pour se porter ensuite vers les parois latérales du bassin et constituer les ligaments larges.

Au milieu, ces mêmes feuillets tapissent le fond et une partie des faces antérieure et postérieure de l'utérus. On appelle spécialement *périmétrium* la partie du péritoine viscéral pelvien qui tapisse la matrice. Les connexions de ce périmétrium avec l'utérus nous intéressent tout particulièrement, et nous allons les décrire en détail. Elles ont été récemment très bien étudiées par Rieffel dans le *Traité d'anatomie de Poirier* (Article UTÉRUS).

Après avoir décrit le péritoine utérin, nous rappellerons les rapports des bords latéraux de l'utérus avec les ligaments larges et les organes qui y sont contenus

A. Péritoine utérin ou périmétrium.

Le péritoine pelvien en quittant la face postérieure de la vessie passe sur la face antérieure de l'utérus, qu'il aborde en général au niveau de l'isthme. De ce point, il remonte pour tapisser très exactement la face antéro-inférieure, le fond de l'organe, la face postéro-supérieure du corps, la portion sus-vaginale de la face postérieure du col, et descendre enfin sur le tiers supérieur du vagin, qu'il revêt sur une longueur de 15 à 20 millimètres, avant de se réfléchir sur la face antérieure du rectum.

La séreuse est en contact avec toutes les portions de l'utérus que nous venons d'énumérer. Mais ces portions ne représentent point la totalité de la surface utérine ; en effet, les régions suivantes ne sont point recouvertes par la séreuse : face antérieure et bords latéraux du col, tous les bords latéraux du corps de l'utérus. En tous ses points s'insinue du tissu conjonctif et musculaire contenant les éléments vasculaires et nerveux.

Toutefois, il existe des variations importantes à connaître.

En avant, les rapports du péritoine avec la face antérieure de l'utérus varient chez les nullipares et chez les multipares,

Chez les nullipares, le péritoine descend rarement au-dessous du niveau de l'orifice interne du col. Chez les multipares, le péritoine revêt souvent une partie de la face antérieure du col (Courty, Debierre). Sappey, dont Demelin et Franqué ont confirmé les assertions, dit qu'il n'est pas rare de voir le cul-de-sac vésico-utérin affleurer la partie moyenne ou inférieure du col et que, dans certains cas même, il s'abaisse sur l'origine de la paroi du vagin.

En arrière, on observe aussi des différences, mais qui sont plutôt individuelles, sans doute congénitales, et dépendent moins que les précédentes de l'état de nulli- ou de multiparité. Ainsi, il advient parfois que le péritoine se réfléchisse en arrière, sur la ligne médiane, très haut vis-à-vis de l'utérus, et qu'il descende, au contraire, sur les côtés, jusqu'à son niveau habituel, de sorte que la ligne de réflexion, au lieu d'être rectiligne, simule une échancrure ouverte en bas, un V renversé (Λ). Parfois, c'est une disposition inverse qui se présente, et la ligne figure un V. Souvent aussi, d'après Barnes, le cul-de-sac vagino-rectal est plus profond à gauche chez les multipares.

Il est de la plus haute importance de préciser l'*adhérence du périmétrium* avec le parenchyme utérin proprement dit.

A cet égard, le péritoine est loin de se comporter de la même façon sur toute l'étendue de la matrice. Dans la région cervicale et sur la partie inférieure du corps, il peut être facilement soulevé en plis à l'aide de la pince, et se laisse facilement décoller, en raison de l'interposition d'un tissu cellulaire lâche. Mais celui-ci

disparaît dans le segment supérieur du corps et, sur le fond, le périmétrium change de caractère : il revêt l'aspect d'une délicate membrane, très mince, à surface lisse et brillante, transparente, qu'il est tout à fait impossible de séparer de l'utérus, à moins de la déchirer et d'enlever une partie de la couche musculaire sous-jacente. En disséquant de bas en haut le péritoine, on reconnaît que l'adhérence devient d'autant plus intime qu'on s'approche davantage du fond de l'utérus ; ainsi, tout d'abord, il suffit du dos du scalpel ou du doigt pour réaliser le décollement ; plus haut, il faut se servir du tranchant du scalpel ; encore plus haut, si l'on veut continuer, on trouve à chaque instant la séreuse. On peut donc, à ce point de vue, reconnaître, avec Rieffel, *trois zones* : l'inférieure, où le décollement du périmétrium s'opère pour ainsi dire tout seul ; la moyenne, où il est plus difficile, mais encore réalisable ; la supérieure enfin, où il est absolument impossible.

L'union des zones moyenne et supérieure, n'a pas lieu à la même hauteur, sur les faces vésicale et intestinale de l'utérus ; elle est plus intime sur cette dernière et toujours plus prononcée sur la ligne médiane que sur les côtés. Ainsi, la ligne d'union antérieure figure un segment de cercle ou un croissant, dont les deux pointes se trouvent vis-à-vis de l'attache des ligaments ronds et dont la convexité répond à la partie moyenne du corps utérin. La ligne d'union postérieure ressemble plutôt à un angle dont le sommet est appliqué sur la partie inférieure du corps, immédiatement au-dessus de l'isthme, et dont les branches se portent vers l'insertion des ligaments ovariens.

Ces notions anatomiques offrent un grand intérêt au point de vue de l'hystérectomie sus-pubiennne totale sous-péritonéale. Elles nous font comprendre aisément la possibilité de la décortication de la tunique séreuse de l'utérus sur la plus grande partie de cet organe. Seul, le périmétrium du fond de l'utérus, à cause de son adhérence intime avec le tissu musculaire sous-jacent, ne pourra pas en être décollé et devra être enlevé avec l'organe.

B. Rapports des bords latéraux de l'utérus avec les ligaments larges et les organes qui y sont contenus.

Chaque bord latéral de l'utérus donne insertion au bord interne du ligament large correspondant. Pour permettre de comprendre plus aisément la marche de la décortication sous-péritonéale de l'utérus dans le procédé de M. Jaboulay, il est nécessaire que nous rappelions la constitution du ligament large.

I. Idée d'ensemble. — Ces ligaments représentent deux cloisons transversales, qui unissent l'utérus aux parois de l'excavation pelvienne. Ils divisent le pelvis en deux grands compartiments : l'un postérieur ou cavum rétro-utérin, destiné au rectum, l'autre antérieur, ou cavum pré-utérin, occupé par la vessie.

Schémateusement, on leur reconnaît une forme quadrilatère et on leur distingue quatre bords et deux faces.

Le *bord externe* répond à la paroi latérale de l'excavation pelvienne.

Le *bord interne*, plus épais, répond au bord de l'utérus. Le *bord inférieur*, très large, repose sur le plancher de l'excavation pelvienne.

Le *bord supérieur*, entièrement libre, répond à la trompe. Mais, comme la trompe ne reste pas tout entière sous-péritonéale ; comme, par son orifice abdominal, elle perfore en quelque sorte la lame séreuse postérieure du ligament large, très près du bord libre de ce ligament, le bord supérieur se trouve divisé en deux segments. L'un, bien plus long, *segment tubaire*, embrasse l'oviducte, est, comme lui, d'abord rectiligne, transversal dans la région de l'isthme, puis se contourne dans la région ampullaire ; l'autre, long de 2 centimètres, compris entre le pavillon et le détroit supérieur, *segment tubo-pariétal*, renferme les éléments musculo-cellulo-vasculaires du ligament suspenseur de l'ovaire, et se continue avec le bord libre du revêtement péritonéal de ce ligament.

Des *deux faces*, l'une est *antérieure*, regarde en bas et en avant, est en rapport avec la vessie ; l'autre est *postérieure*, regarde en haut et en arrière, est en rapport avec le rectum.

Lorsqu'on considère par cette face postérieure le ligament large étalé, on voit que l'aileron ovarique, inséré sur elle par son bord adhérent, permet de diviser le ligament large en deux territoires : l'un supérieur ou *méso-salpinx*, l'autre inférieur ou mésométrium.

Le mésométrium, ou mésentère de l'utérus, est le segment le plus considérable : il accapare pour lui tout le bord interne, toute la base et la presque totalité du bord externe du ligament large ; il est résistant, épais,

peu mobile, riche en éléments musculaires et en tissu conjonctif. Le mésosalpinx, ou mésentère de la trompe, figure une lame triangulaire, mince, membraneuse et flottante, au travers de laquelle on aperçoit les vaisseaux et les résidus wolffiens, et constituée uniquement par deux feuillets séreux presque au contact, séparés tout au plus par une mince couche celluleuse lâche.

2. Structure du ligament large. — Le ligament large est formé essentiellement de deux lames, entre lesquelles est interposée une certaine quantité de tissu cellulo-fibreux et de tissu musculaire lisse.

a) *Lames constituentes.* — Ces lames sont lisses, et ont à leur surface l'aspect du péritoine pariétal. Elles comprennent dans leur texture deux feuillets intimement unis : l'un superficiel ou séreux, l'autre profond ou musculaire lisse.

Le feuillet *séreux* n'offre aucune particularité dans sa structure, si ce n'est qu'à sa face profonde, notamment dans le mésométrium, il est doublé d'un réseau de faisceaux fibreux épais et résistants (Renaut).

Le feuillet *musculaire* est constitué par des fibres lisses, principalement transversales, émanation des couches superficielles antérieures et postérieures de l'utérus.

b) *Tissu interposé.* — Sur une coupe sagittale du ligament large, on voit que celui-ci présente l'aspect d'un triangle à sommet supérieur, à base inférieure très obliquement coupée en bas et en arrière. On voit en outre que ses deux segments se comportent de façon bien différente. Le supérieur, méso-salpinx, vrai méso-

péritonéal, renferme dans son épaisseur le cordon vasculaire ovarien ; il est mince et transparent, et ne renferme qu'un peu de tissu cellulaire lâche et des éléments musculaires clairsemés.

L'inférieur, ou mésométrium, est épais et contient de nombreuses fibres musculaires lisses et un tissu cellulaire nettement différencié, sur lequel nous allons revenir. Ce segment inférieur correspond à ce qu'on décrit sous le nom de *base du ligament large*. Avec Rieffel (Anat. Poirier), nous le rattacherons au tissu cellulaire pelvien sous-séreux.

Ce tissu cellulaire sous-séreux, intermédiaire au péritoine et au releveur de l'anus, est un tissu cellulaire différencié, qui prend les caractères du *tissu conjonctif de soutènement*.

Il perd sa graisse, ses faisceaux se condensent, deviennent fibreux et affectent une direction déterminée. Ils ne paraissent plus disposés sans ordre, mais offrent de véritables insertions, se faisant d'une part aux organes de l'excavation pelvienne — et, dans l'espèce, particulièrement en dedans, au col utérin et au vagin —, d'autre part, à l'aponévrose pelvienne et à la face profonde du péritoine. Ce tissu de soutien, en bien des points, notamment sur les côtés de l'utérus, se stratifie, paraît formé de lames superposées, qu'infiltrèrent çà et là des éléments musculaires lisses, qu'on observe dans cette région, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Autour des artères, il s'épaissit et s'agence en gros tractus fibroïdes ; il fournit aux veines d'épaisses gaines conjonctivo-musculaires. En outre, les vaisseaux, l'uretère, les nerfs, qui traversent la cavité sous-périto-

néale, ne sont pas disposés, vis-à-vis du tissu cellulaire, d'une façon quelconque.

Les nerfs sont situés primitivement en dehors de l'aponévrose pelvienne, et ils doivent la perforer pour arriver jusqu'à l'utérus et au vagin. Mais cette aponévrose ne se laisse pas seulement perforer, elle donne aux organes de véritables enveloppes : telles sont, pour les vaisseaux pariétaux, les gaines fibreuses des vaisseaux fessiers et ischiatiques ; telles sont, pour les nerfs viscéraux, les gaines qui, en se ramifiant, viennent se mêler au tissu cellulaire de la cavité sous-péritonéale du petit bassin.

Les vaisseaux sont situés primitivement en dedans de l'aponévrose pelvienne et séparés du péritoine par le tissu cellulaire différencié. Pour parvenir à leur destination, ils quittent, à un moment donné, le contact de l'aponévrose ; mais ils ne traversent pas simplement la couche conjonctive, ils la soulèvent et s'en coiffent : « Sur l'avant d'un petit bateau immobile, dit Farabeuf, attaché par l'autre bout à la rive, mettez le pied ; l'arrière s'élèvera et vous verrez sortir de l'eau, chargée de toutes les herbes tombées dessus, l'amarre tout à l'heure immergée. Ainsi en est-il des vaisseaux des viscères qui, suspendus de la paroi aux organes faisant saillie au-dessus du fond de l'excavation pelvienne, semblent avoir soulevé des filaments, des lamelles, les éléments d'une couverture imparfaitement tissée, là aponévrose, ici toile d'araignée » (Cerf). Cette couverture représente « le mésentère à la fois suspenseur et nourricier » (Petit) des viscères pelviens.

En arrière de l'utérus, cette lame celluleuse s'épaissit d'une façon considérable, quoique inégalement, et prend un aspect musculo-aponévrotique. Elle constitue l'aponévrose postérieure du ligament large de Jarjavay, l'aponévrose sacro-recto-génitale de Pierre Delbet.

En avant, les fibres conjonctives et musculaires se disposent moins nettement en une membrane continue. On décrit cependant une *aponévrose antérieure du ligament large*.

Sur les côtés, la couche celluleuse se modifie également d'une façon particulière, constituant une formation interprétée assez différemment par les auteurs et désignée sous le nom de *paramétrium* (Virchow), *ligaments cardinaux* de l'utérus (Kocks), *gaines vasculaires* (Charpy), *gaine hypogastrique* (Pierre Delbet)... Elle correspond à la région souvent étudiée sous le nom de *base du ligament large*.

Cette couche celluleuse est d'abord, contre la paroi latérale du bassin, une simple lame « couvre-vaisseaux »; puis elle s'élève de plus en plus, à mesure que les vaisseaux utérins s'éloignent du plancher pelvien, et acquiert, au niveau du bord de la matrice et de la partie supérieure du vagin, une hauteur notable. De plus, elle se replie en avant et en arrière des vaisseaux, formant une espèce de toit à deux versants, antérieur et postérieur, qui doublent respectivement, mais sans y adhérer, les feuillets péritonéo-musculaires correspondants du ligament large proprement dit. Cette lame à deux versants renferme dans son épaisseur du tissu cellulaire lâche; mais à sa surface elle se

condense d'une façon assez uniforme, acquiert l'aspect d'une aponévrose, qui se continue en arrière, depuis le col utérin jusqu'à la symphyse sacro-iliaque, avec l'aponévrose recto-sacro-génitale. Elle forme ainsi une véritable gaine qui entoure l'artère utérine, les veines utérines, lymphatiques et nerfs. C'est la gaine dite des vaisseaux hypogastriques renfermant, en un mot, le pédicule vasculaire inférieur de la matrice. Ce pédicule, avec ses vaisseaux renforcés par le tissu cellulo-fibreux, contribue puissamment à la fixation de l'utérus.

En outre de cette gaine principale, en partent d'autres secondaires, commandées par la direction des vaisseaux. C'est ainsi qu'il en existe pour les vaisseaux vaginaux, vésicaux, hémorroïdaux moyens, pour les plexus veineux énormes de cette région.

On voit, en somme, qu'il existe sous le péritoine du petit bassin et au-dessus de l'aponévrose pelvienne un *vaste système continu de fibres conjonctives*, denses, résistantes, qui, mélangées à des éléments musculaires lisses, naissent de tout le pourtour du détroit supérieur, convergent vers le col utérin et la partie supérieure du vagin. Ce système, dont le développement est d'ailleurs variable, s'appelle, en avant, l'aponévrose antérieure du ligament large, en arrière, l'aponévrose postérieure, réunies sur les côtés par la gaine hypogastrique et les gaines secondaires. Les fibres de ce système, considérées au point de vue de la fixation de l'utérus, se ramènent toutes, en définitive, à deux directions : antéro-postérieure et transversale.

On peut encore envisager, avec Freund, les éléments

conjonctifs du ligament large comme se condensant tout particulièrement autour des bords latéraux de l'utérus. Ces éléments acquièrent leur maximum de développement à l'isthme utérin, autour duquel ils forment, pour ainsi dire, un cylindre creux, duquel partent, comme autant de rayons, des expansions fibreuses se dirigeant : en dehors, le long de la base du ligament large ; en avant, autour de la vessie ; en arrière, de chaque côté du rectum. En bas, des prolongements se portent dans la partie supérieure des cloisons vésico et recto-vaginales ; en haut, s'élève le tissu cellulaire du ligament large, qui monte, en s'amincissant, vers la trompe, le ligament ovarien et le ligament rond. Ce tissu cellulo-fibreux latéro-cervical, avec ses prolongements, a reçu le nom de *paramétrium*, de Freund et des gynécologues allemands.

3. Organes contenus dans le ligament large et entrant en rapport avec l'utérus. — Ces organes, que l'on rencontre dans la décortication sous-séreuse de l'utérus, ainsi que nous le verrons plus loin, sont : l'uretère, l'artère utérine accompagnée de ses veines, et enfin le ligament rond.

a) *Uretère.* — L'uretère, après avoir suivi un trajet descendant contre la paroi latérale du bassin, devient transversal et occupe, tout d'abord, la base du ligament large. Là, il rencontre l'artère utérine et, avec elle, se porte vers le col utérin.

L'artère est toujours placée en avant de l'uretère ; une ou deux veines seulement l'accompagnent ; le gros paquet des veines utérines est toujours placé en arrière de

l'uretère. Pour un grand nombre d'auteurs, l'uretère perfore la gaine hypogastrique ; pour Rieffel, au contraire, le tissu cellulaire lui fournit une enveloppe très dense, impossible à séparer et du canal rénal et des veines qui l'accompagnent.

Arrivé à 15 ou 20 millimètres du col, l'uretère abandonne l'artère utérine, s'infléchit en bas et en dedans, s'éloignant ainsi du col et se rapprochant, en même temps, du cul-de-sac latéral du vagin et de la base de la vessie.

b) *Artère utérine.* — Branche de l'hypogastrique, cette artère descend dans la base du ligament large et se porte ensuite transversalement vers les parties latérales du col, qu'elle atteint ordinairement au niveau de l'insertion vaginale, quelquefois, surtout chez les multipares, à 10 ou 15 millimètres au-dessous de cette insertion.

Là elle se réfléchit de bas en haut, en formant une sorte de crosse, et longeant désormais le bord correspondant de l'utérus, elle s'élève jusqu'à son angle supérieur, où elle se divise en deux branches : une branche inférieure, *branche anastomotique*, qui se porte en dehors pour s'anastomoser à plein canal avec l'ovarienne ; une branche supérieure, l'*artère tubaire interne*, qui se dirige également en dehors et se distribue à la trompe.

c) *Ligament rond.* — Ce ligament prend naissance sur la partie antérieure et latérale de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe. Il se porte ensuite obliquement en avant et en dehors, vers l'orifice interne du canal inguinal, en soulevant la lame antérieure du liga-

ment large, pour former l'aileron antérieur de ce ligament.

On a peu à se occuper, dans l'hystérectomie sus-pubienne, du ligament rond, qui ne gêne pas, habituellement, la décortication de l'utérus; on coupe seulement, à la fin de l'opération, l'extrémité supérieure de ce ligament.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRAIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE TOTALE SOUS-PÉRITONÉALE

Cette méthode consiste essentiellement, dans la *décortication sous-séreuse* de l'utérus, *abordé par une incision hypogastrique*.

Ce qui fait surtout l'originalité du nouveau procédé de M. Jaboulay, c'est l'application de la décortication sous-séreuse à une hystérectomie faite par la voie abdominale. En effet, l'idée d'extirper l'utérus sans sa tunique séreuse n'est pas nouvelle.

La décortication sous-péritonéale de la matrice avait été tentée déjà par Langenbeck (cité par Velpeau). « La personne qu'il a opérée avait un prolapsus incomplet, avec dégénérescence squirrheuse... Ce chirurgien crut devoir disséquer minutieusement, de l'extérieur à l'intérieur, la totalité du péritoine utérin ; de façon qu'après l'enlèvement de l'organe, cette membrane s'est trouvée intacte. »

La méthode de Langenbeck a été reprise par quelques auteurs, Lane et Frank notamment. Ce dernier chirurgien a fait ainsi la décortication sous-péritonéale de l'utérus, pour des lésions très variées de cet organe,

cancer, fibromes, endométrite avec rétroversion adhésive...

Mais toujours Frank opère *par la voie vaginale*; aussi sa façon de faire n'a-t-elle que de lointaines analogies avec le procédé de M. Jaboulay, qu'il nous reste à décrire en détail.

Ce procédé, ainsi qu'il a été réglé par notre maître, comprend trois temps principaux.

Premier temps. — C'est le plus court et le plus simple : il comprend l'incision de la paroi abdominale, *jusqu'au péritoine exclusivement*. Cette incision va de l'ombilic jusqu'au pubis, sur lequel elle descend. Elle n'offre aucune particularité digne de remarque, si ce n'est qu'à sa partie inférieure, au niveau du mont de Vénus, elle doit avoir chez les femmes grasses une profondeur considérable, avant d'arriver jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal. On prendra garde, en arrivant dans la profondeur, de ne point blesser la vessie. Après avoir fait rapidement l'hémostase sur la tranche de la paroi, on passe au second temps de l'opération.

Deuxième temps. — Ce temps comprend le décollement du péritoine utérin.

On amorce d'abord le décollement sur le péritoine pariétal, au point où il se réfléchit sur la face postéro-supérieure de la vessie, puis on s'engage latéralement, en dehors de cet organe, de façon à pénétrer dans le ligament large. Le décollement se poursuit dans l'épaisseur de ce ligament, et l'on travaille, en plein paramétrium, à isoler d'abord le col utérin du tissu conjonctif dense qui l'entoure. L'uretère est reconnu d'abord, et rejeté en bas et en dehors. Non loin de lui, on rencon-

tre l'artère utérine, sur laquelle on place une ligature. On continue le décollement en suivant le bord de l'utérus, et l'on arrive, toujours sous le péritoine, vers les parties profondes de l'ovaire et de la trompe. L'anastomose de l'artère utéro-ovarienne et de l'utérine est cherchée et liée encore. Ainsi les deux voies d'accès du sang vers l'utérus sont oblitérées, et l'on va pouvoir continuer l'opération d'une façon absolument exsangue. Si le ligament rond gênait ces manœuvres, on le sectionnerait, lui aussi, dans sa portion sous-péritonéale, et on le libérerait ainsi de ses connexions avec le canal inguinal. M. Jaboulay n'a jamais été obligé de faire cette section précoce du ligament rond.

L'utérus étant libéré et l'hémostase faite d'un côté, la même série de manœuvres est répétée du côté opposé, en pénétrant toujours dans le ligament large, en avant et dans le voisinage de la vessie. On lie encore l'utérine, son anastomose avec l'utéro-ovarienne, et aussi toutes les veines qui donnent du sang.

Pour bien séparer l'utérus de la vessie, M. Jaboulay recommande de pénétrer dans l'épaisseur du ligament large, au-dessus du cordon de l'artère ombilicale, et de récliner celui-ci en bas et en avant.

On termine ce temps de l'opération en ouvrant les culs-de-sac vaginaux, afin de libérer le col utérin de ses attaches. Jusqu'ici, le péritoine n'a pas encore été ouvert.

Troisième temps. — Dans ce dernier temps, on fait basculer l'utérus et l'on achève de l'extirper, le fond de l'organe étant libéré en dernier lieu.

Pour cela, la dissection des ligaments larges étant

opérée, et le péritoine toujours intact, le col utérin est saisi avec une pince à utérus, et attiré hors du ligament large, en avant et en haut, par un côté, celui où se trouve l'opérateur, ou bien sur la ligne médiane. L'utérus étant ainsi basculé, on exerce sur le col attiré en haut, des tractions de sens et d'intensité variées, suivant les besoins de la dissection. On achève ainsi de détacher l'organe de ses vaisseaux, du tissu cellulo-fibreux qui le retient encore, et bientôt il ne lui reste plus de contact intime qu'avec les annexes et le péritoine adhérent qui recouvre son fond. Les annexes sont liées et excisées. Quant au péritoine du fond de l'utérus, on le décolle du mieux que l'on peut, en sculptant au besoin en plein muscle utérin; si cette manœuvre est trop laborieuse, on laisse adhérente au fond de la matrice une petite couverture séreuse.

Parfois, il arrive qu'au cours de la décortication on fait à la séreuse quelques petites déchirures. On peut les suturer séance tenante, mais cela n'est pas indispensable, car les anses intestinales qui tendraient à sortir sont faciles à maintenir.

En cas d'adhérences épiploïques ou autres, il serait facile d'en venir à bout après l'ouverture tardive du péritoine pelvien; la cavité péritonéale ne reste pas ainsi exposée à l'infection aussi longtemps que lorsque, après leur destruction, il faut procéder aux manœuvres d'extirpation de l'utérus.

Fin de l'opération : drainage, sutures. — L'utérus étant extirpé, on pratique l'occlusion soigneuse de la séreuse péritonéale, en suturant et l'ou-

verture transversale laissée par le départ du fond de l'utérus, et les ouvertures accidentelles qui ont pu être faites au péritoine utérin au cours de la décortication. Ceci fait, on draine par le vagin l'anfractuosité sous-séreuse laissée dans l'épaisseur du ligament large par la suppression de l'utérus. La situation de l'extrémité supérieure du vagin, au point le plus déclive de cette cavité, assure à ses exsudats un écoulement facile, et le péritoine sus-jacent n'a rien à craindre de ce voisinage.

Enfin, l'on termine par la suture de la paroi abdominale : cette suture sera seulement à *deux étages*, puisque le péritoine pariétal n'a pas été incisé.

Dans certains cas, par exemple lorsque l'opération aura été longue et laborieuse, et si l'on craint l'infection de l'anfractuosité sous-séreuse intra-ligamentaire, on pourra assurer à cette anfractuosité un plus large drainage, en ne suturant pas la partie inférieure de l'incision. On pourra alors, soit y introduire une mèche de gaze, soit y attirer l'extrémité supérieure du drain vaginal. Dans ce dernier cas, on réalisera un véritable *drainage abdomino-vaginal extra-péritonéal*.

Tel est le manuel opératoire de l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale. Signalons cependant, avant de terminer ce chapitre, une variante indiquée par M. Jaboulay, applicable à la fin du second temps de l'opération. L'utérus étant libéré sur l'un de ses bords, et l'hémostase faite dans un ligament large, au lieu de répéter de suite la même série de manœuvres du côté opposé, on passe au troisième temps de l'opération : incision des culs-de-sac vaginaux et bascule de

l'utérus. On profite du décollement d'un ligament large pour aller en bas, au contact du vagin, que l'on ouvre aux ciseaux ; on attire le col avec une pince de Museux, et c'est après le renversement de bas en haut de l'utérus, le col en haut, que l'on fait le décollement et l'hémostase du ligament large opposé, puis la ligature des annexes et de leur excision.

CHAPITRE III

CRITIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE SUS-PUBIENNE ; PARALLÈLE AVEC LES AUTRES MÉTHODES D'HYSTÉRECTOMIE

Dans ce chapitre, nous étudierons l'hystérectomie sus-pubienne au point de vue des cas dans lesquels elle est applicable, au point de vue de ses avantages et de ses inconvénients ; enfin, nous tenterons de la mettre en parallèle avec les autres méthodes d'hystérectomie.

M. Jaboulay a exécuté avec succès l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, dans un certain nombre de cas, dont il a entretenu, à plusieurs reprises, les sociétés savantes de Lyon et notamment la Société de chirurgie.

Il a enlevé, par son procédé, des utérus cancéreux, de volumineux utérus fibromateux, et même des annexes enflammées ou atteintes de tumeurs.

L'opération que nous avons décrite dans le chapitre précédent est donc un simple procédé d'hystérectomie : elle peut être élevée à la hauteur d'une véritable méthode générale d'intervention sur l'appareil génital de la femme, puisqu'elle a pu être utilisée par M. Jaboulay, même pour l'ablation d'annexes enflammées ou atteintes de tumeurs.

1. **Avantages.** — L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale réunit un certain nombre d'avantages, dont les principaux sont : de retarder l'ouverture du péritoine et de permettre de faire l'hémostase préalable.

a) *Ouverture péritonéale retardée.* — Cette particularité opératoire offre un double avantage.

Tout d'abord, elle met la cavité péritonéale et les anses intestinales à l'abri de toutes les manœuvres qui aboutissent à l'ablation d'un utérus fibromateux ou cancéreux. On sait que ces manœuvres sont parfois longues et laborieuses, soit qu'on se trouve en présence d'adhérences qu'il faut rompre pour mobiliser l'utérus, soit qu'il faille chercher un plan de clivage, ou disséquer une collerette péritonéale dans un utérus très vasculaire, ou au voisinage d'une tumeur dont la périphérie est sillonnée de veines volumineuses. Toutes ces manœuvres se font difficilement sans effusion d'une certaine quantité de sang dans le péritoine, et cette hémorragie, jointe aux manipulations intra-péritonéales, aux multiples contacts des mains du chirurgien et des anses intestinales, favorise singulièrement l'infection. L'ouverture tardive du péritoine diminue donc les chances de péritonite, — complication qui, bien que rare, est, en somme et malgré l'asepsie, toujours à redouter.

Le second avantage de l'ouverture péritonéale retardée est d'empêcher les incursions intempestives, et toujours gênantes pour l'opérateur, des anses intestinales dans le champ opératoire. Le péritoine pariétal intact s'appliquant comme un voile mobile sur les

anses grêles, dans la partie supérieure de l'incision, permet de les maintenir très aisément ; il leur forme comme un sac naturel d'où elles ne peuvent sortir, et l'on n'est plus exposé, comme dans les opérations intra-péritonéales, à voir l'intestin fuir, malgré les compresses, par-dessous les mains de l'aide. Ainsi, le procédé de M. Jaboulay rend la contention de l'intestin très aisée et permet de faire une hystérectomie sur une table d'opérations quelconque et horizontale, sans placer la malade dans la position de Trendelenburg. C'est là un détail qui a sa valeur et qui, dans certaines circonstances particulières, peut être utilisable et pourra faire préférer à un autre procédé l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale.

b) *Hémostase préalable.* — La ligature préalable des deux artères utérines et des deux branches anastomotiques qui relient les deux utérines aux deux utéro-ovariennes, permet à l'opération de se continuer d'une façon presque exsangue. En effet, les ligatures sont faites avant le principal travail de décortication de l'utérus, et l'on n'est plus gêné par ces volumineuses veines qui sillonnent habituellement la périphérie des fibromes et qui compliquent le temps de l'hémostase, dans les hystérectomies abdominales pour fibromes, par exemple.

2. **Inconvénients.** — Après avoir présenté les avantages de l'hystérectomie sus-pubienne sous-péritonéale, nous devons, pour être impartial, envisager le revers de la médaille, et rechercher, pour y répondre, les objections que l'on peut faire à cette opération.

Tout d'abord, elle peut être, dans certains cas, assez laborieuse, particulièrement lorsqu'on arrive au troisième temps : saisie du col et renversement de l'utérus. Nous nous souvenons d'un cas opéré par M. Jaboulay, dans lequel ce temps fut long et pénible. Il s'agissait d'un volumineux fibrome interstitiel du corps de l'utérus, chez une nullipare de trente-huit ans. Le corps utérin avait le volume d'une grossesse de quatre mois et surplombait un col petit et grêle, qui se dissimulait en quelque sorte sous la masse de la tumeur et qui fut assez difficile à saisir et à attirer en haut.

L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale pourrait être passible encore d'un autre reproche qui a été formulé déjà contre la décortication sous-séreuse de Langenbeck. Ce reproche est le suivant : il est impossible de dépouiller complètement l'utérus de sa tunique séreuse sans laisser adhérente à cette tunique une certaine quantité de fibres musculaires. En effet, ainsi que nous l'avons dit dans notre étude anatomique, la zone décollable du périmétrium ne s'étend pas jusqu'au fond de l'utérus : à ce niveau, l'adhérence entre la séreuse et le muscle utérin est tellement intime que toute dissection devient impossible, à moins de trouer le péritoine ou d'entamer l'utérus. Or, si l'inconvénient est minime de laisser dans la coque séreuse quelques fibres musculaires d'un utérus fibromateux, il n'en est pas de même lorsqu'on a affaire à un utérus cancéreux. On peut donc craindre que l'hystérectomie sus-pubienne ne permette pas l'extirpation totale d'un cancer du corps de la matrice.

A cette objection, nous répondrons qu'il n'est pas

prouvé que cette opération laisse beaucoup plus de cellules cancéreuses dans le bassin que l'hystérectomie faite par n'importe quelle autre méthode.

L'hystérectomie la plus complète laisse toujours dans les vaisseaux lymphatiques et dans les ganglions des cellules néoplasiques dont la repullulation est inévitable. L'hystérectomie dans le cancer de l'utérus n'est guère, jusqu'ici, qu'une opération palliative, et le procédé de M. Jaboulay ne nous paraît ni plus ni moins radical que les autres.

Après avoir exposé très impartialement les avantages et les inconvénients de l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, et sans vouloir la proposer comme une méthode de choix applicable à tous les cas sans exception, il nous reste à la comparer avec les autres procédés d'hystérectomie, afin de chercher à préciser les limites de leurs domaines respectifs.

3. Parallèle avec les autres méthodes d'hystérectomie. — Nous ne comparerons point l'hystérectomie par la voie sus-pubienne sous-péritonéale avec l'hystérectomie par la *voie périnéale* (Zuckerkindl), ou encore par l'*incision para-sacrée* et *para-rectale* de Zuckerkindl et Wölfler : ces procédés ne seront jamais que des procédés d'exception.

L'hystérectomie par la *voie sacrée*, d'après Terrier et Hartmann, est une opération longue et difficile, donnant une mortalité assez élevée. Elle peut cependant s'appliquer à des cas inopérables par les autres voies ; elle est indiquée surtout dans les cas de cancers volumineux et adhérents, surtout lorsque — ce qui n'est

pas très rare chez ces malades — le vagin est rétréci et scléreux. Cette opération n'a, en tous cas, que de lointaines analogies avec l'hystérectomie sus-pubienne.

L'opération de M. Jaboulay nous semble devoir être mise en parallèle avec trois principales méthodes d'hystérectomie : l'extirpation sous-péritonéale de l'utérus par la voie vaginale, l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie abdominale.

a) *Extirpation sous-péritonéale de l'utérus.* — De toutes les méthodes d'hystérectomie, c'est celle qui se rapproche le plus de la nôtre, car seule elle se préoccupe de ne point ouvrir le péritoine et d'enlever l'utérus dépouillé de son périmétriûm. Mais une différence capitale sépare cette méthode de l'hystérectomie sus-pubienne, c'est que cette *décortication sous-péritonéale* de l'utérus se fait par la voie vaginale. Cela suffit pour en faire une opération toute différente de celle de M. Jaboulay et *beaucoup plus laborieuse* : c'est là ce qui fait son infériorité.

En effet, on conçoit très bien *a priori* que les manœuvres de décortication du corps utérin doivent être beaucoup plus difficiles lorsqu'on agit par le vagin, c'est-à-dire *par-dessous le pubis*. Au contraire, l'incision hypogastrique *sus-pubienne* donne un accès beaucoup plus aisé sur la face antérieure de l'utérus : on a beaucoup plus de jour et, étant obligé d'agir moins profondément, on voit bien ce que l'on fait.

Il suffit, d'ailleurs, de lire ce qui a été écrit sur l'extirpation sous-péritonéale de l'utérus par la voie vaginale pour se convaincre des difficultés de cette opération. Sa durée moyenne, entre les mains de

Franck¹ était de deux heures à deux heures et demie. Or, les hystérectomies sus-pubiennes totales sous-péritonéales entre les mains de M. Jaboulay n'ont jamais duré plus de trois quarts d'heure.

Le procédé suivant, décrit en 1874, par Coudereau², ne semble pas promettre une opération plus aisée que celle de Frank. Coudereau abaissait d'abord l'utérus au moyen d'un instrument spécial qu'il appelle *endoceps*, et qui prend son point d'appui sur la surface interne de l'utérus, au moyen de deux branches divergentes. « Cet instrument étant placé et fixé, dit Coudereau, j'attire le col vers la vulve aussi bas que le permet la laxité des tissus. Je m'assure d'abord des rapports exacts que la paroi vaginale antérieure affecte avec la vessie, dans laquelle j'introduis un doigt par l'urètre préalablement dilaté (!). Je pratique alors la section circulaire du vagin sur le col en ayant soin de faire en avant l'incision au-dessous du point où j'ai constaté la présence de la vessie, et en me gardant d'intéresser en arrière le cul-de-sac péritonéal qui tapisse la paroi vaginale.

« Je dissèque en avant et sur les côtés le vagin, que je détache de l'utérus, dans une très petite étendue, avec le bistouri ou les ciseaux d'abord; puis, à l'aide de la pulpe du doigt, je repousse la vessie en haut et détache, dans la plus grande étendue possible, les adhé-

¹ Frank, Ueber extraperitoneale Uterusextirpation (*Archiv für Gynaekologie*, 1887, t. XXX, p. 1).

² Coudereau, De l'ablation totale de l'utérus par la vulve, dans le cas de cancer utérin; description d'un procédé opératoire approprié (*Tribune médicale*, 1874-75, t. VII, p. 546).

rences cellulaires du péritoine au bas-fond de la vessie d'une part, de l'autre à la face antérieure de l'utérus... L'union du péritoine à la paroi vaginale postérieure est tellement intime qu'il faut se garder de toute tentative de décollement de ce côté, sous peine d'ouvrir la cavité péritonéale. Ces liens, cependant, cèdent un peu, par le fait des tractions continues, car vers la fin on obtient, même en arrière, un prolapsus beaucoup plus accusé. On s'efforce alors de faire basculer l'utérus en avant. Il est nécessaire, à ce moment, de surveiller la vessie, qui pourrait être entraînée au dehors avec le fond de la matrice. On complète assez facilement le renversement en s'aidant d'une pince de Museux dont les griffes sont implantées dans la paroi antérieure, aussi près que possible du fond de l'organe. Je fais maintenir le tout en place et je jette au-dessus de la matrice une anse métallique dont les deux chefs sont passés dans un serre-nœud de Maisonneuve, au moyen duquel j'étreins un pédicule à peu près uniquement composé d'éléments péritonéaux : en avant, le cul-de-sac vésico-utérin, décollé et repoussé sur le fond de l'organe ; sur les côtés, les ligaments larges avec les vaisseaux utérins ; en arrière, le cul-de-sac utéro-rectal. Une broche en fer est passée à travers le pédicule, et un deuxième serre-nœud appliqué en arrière de la broche et modérément serré. Je détache alors la matrice à l'aide du bistouri et je fais la suture du vagin en procédant d'avant en arrière. Arrivé au pédicule, je passe une forte épingle qui traverse : 1° la paroi vaginale gauche ; 2° le pédicule ; 3° la paroi vaginale droite, et je fais la suture entortillée..... »

On peut juger par cette citation, de la complexité du manuel opératoire, de Coudereau. Même rajeuni et modernisé, ce procédé ne serait guère recommandable. De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que l'extirpation sous-péritonéale de l'utérus par la voie vaginale est une opération complexe, difficile — sauf dans les cas analogues à celui de Langenbeck qui décor-tiqua un utérus en prolapsus, sortant à la vulve —, à laquelle, en un mot, on n'aura recours que très exceptionnellement et dans des cas très spéciaux.

Toutes les fois donc — hors les cas de prolapsus — que l'on voudra faire l'extirpation sous-péritonéale de l'utérus, il faudra délaissier la voie vaginale, pour choisir la *voie sus-pubienne* et pratiquer l'opération de M. Jaboulay.

Il nous reste à comparer l'hystérectomie, sus-pubienne totale sous-péritonéale, aux autres procédés d'hystérectomie dans lesquels on ne se préoccupe pas du périmétrium, que l'on enlève avec l'utérus.

b) *Hystérectomie vaginale*. — Cette opération est bien différente de l'hystérectomie sus-pubienne, et par son manuel opératoire et par ses indications.

En effet, la voie suivie est absolument différente ; on ne se préoccupe pas un seul instant de dépouiller l'utérus de sa tunique séreuse — sauf dans le procédé de Langenbeck dont nous avons déjà parlé — ; tout ce que l'on fait dans cet ordre d'idées, c'est de décoller la vessie de la face antérieure du col utérin.

Les indications de l'hystérectomie vaginale sont aussi bien distinctes de celles de l'hystérectomie sus-pubienne. Par la voie sus-pubienne sous-péritonéale,

on peut enlever les plus volumineuses tumeurs utérines : il n'en est pas de même par le vagin. Cependant, il y a quelques années, certains chirurgiens ont étendu considérablement les indications de l'hystérectomie vaginale, et en procédant par morcellement, ils ont pu extraire par le vagin de volumineux fibromes dont le volume semblait, au premier abord, devoir défier toute tentative dans ce sens.

Mais actuellement, il semble qu'on soit revenu sur cette façon de faire ; l'hystérectomie vaginale pour fibromes a perdu du terrain dans ces dernières années. On n'admet plus, avec Segond, que « toute tumeur fibrante ne dépassant pas le niveau de l'ombilic, doit être, sans exception, enlevée par la voie vaginale ». L'ablation d'un fibrome remontant à l'ombilic, par l'hystérectomie abdominale, est beaucoup plus simple sans avoir plus de gravité que son ablation par l'hystérectomie vaginale. La question semble actuellement jugée. Il ne s'agit plus de discuter « ces opérations de dystocies longues et laborieuses » (Ricard). Il faut restreindre l'hystérectomie vaginale, comme fibromes petits et de moyen volume, facilement accessibles « et, ajoute Legueu, chez les malades obèses ou trop âgées pour bénéficier de l'énucléation.

En somme, l'hystérectomie vaginale et la sus-pubienne sont assez différentes. Elles ont cependant quelques points communs.

Dans l'une comme dans l'autre, on libère le col utérin avant le corps de l'organe ; en outre, dans toutes deux, on fait au péritoine une ouverture légère, qui siège au niveau de l'extrémité supérieure du vagin.

c) *Hystérectomie abdominale*. — Cette hystérectomie présente de grandes analogies avec l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, soit au point de vue du manuel opératoire, soit surtout au point de vue des indications.

1° *Manuel opératoire*. — Dans les deux opérations on fait à la paroi abdominale antérieure une incision qui va, dans un cas, jusqu'au péritoine exclusivement — dans l'autre jusqu'en pleine cavité péritonéale : dans les deux cas on utilise donc la même voie, *la voie abdominale*. Mais là s'arrête l'analogie. En effet, dans l'une de ces deux méthodes, on travaille en plein péritoine, on extrait hors du ventre, le corps utérin d'abord : le col — lorsqu'on l'enlève — ne vient qu'en dernier lieu ; enfin, on extirpe l'utérus, y compris sa tunique séreuse ; — dans l'autre on travaille jusqu'à la fin de l'opération hors du péritoine ; on fait d'emblée l'hémostase par la ligature des artères de l'utérus ; on détache en premier lieu le col utérin — qui est toujours enlevé —, enfin on laisse en place la tunique séreuse de matrice.

2° *Indications*. — Elles sont sensiblement les mêmes pour l'hystérectomie abdominale et pour l'hystérectomie sus-pubienne.

Ces deux méthodes d'hystérectomie conviennent surtout aux volumineuses tumeurs utérines qui ne peuvent être extirpées par la voie vaginale. Nous ne voyons pas, *a priori*, de raison qui doive faire préférer la méthode sous-péritonéale à la méthode trans-péritonéale, lorsqu'on a choisi la voie abdominale pour extirper un utérus,

C'est là pour le chirurgien une affaire de convenance personnelle.

Il est évident, cependant, que dans les cas complexes par exemple lorsqu'il existe plusieurs fibromes, dont un pédiculé sous-séreux, ou encore lorsque le diagnostic est hésitant entre tumeur utérine ou tumeur annexielle, l'hystérectomie sus-pubienne sous péritonéale devra céder le pas à l'hystérectomie abdominale trans-péritonéale, qui permet de voir tout le contenu du bassin.

En somme, nous voyons que par ses indications l'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale, se rapproche surtout de l'hystérectomie abdominale.

Par son *manuel opératoire* elle ressemble également à l'hystérectomie abdominale, mais dans son premier temps seulement (incision de la paroi), ensuite, par sa façon d'aborder le col utérin et par l'aspect du champ opératoire après le départ de l'utérus, l'hystérectomie sus-pubienne sous-péritonéale se rapproche davantage de l'hystérectomie vaginale.

Aussi peut-on, avec M. Jaboulay, considérer cette opération comme tenant le milieu entre l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. C'est, comme le disait notre maître à la Société de chirurgie de Lyon, « une *hystérectomie vaginale faite par le ventre* ».

CONCLUSIONS

I. Il est possible d'extirper l'utérus dans sa totalité, par une incision sus-pubienne, sans ouvrir d'emblée le péritoine.

II. Cette opération a été imaginée et exécutée pour la première fois par M. Jaboulay, qui l'a dénommée « hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale »:

III. L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale a pour but de laisser la cavité péritonéale et les anses intestinales à l'abri de toutes les manœuvres qui aboutissent à l'ablation d'un utérus fibromateux ou cancéreux, et de réaliser d'emblée une hémostase parfaite, en pleine sécurité.

IV. C'est se conformer au mode de développement embryologique de l'utérus et se rappeler qu'il est un organe à développement sous-séreux, que de suivre le procédé opératoire de M. Jaboulay.

V. Cette nouvelle façon de faire représente plus qu'un simple procédé d'hystérectomie; elle peut être considérée comme une méthode générale d'intervention sur l'appareil génital de la femme : utérus et annexes.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
LAÇASSAGNE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 10 décembre 1901,

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
LORTET

BIBLIOGRAPHIE

- JABOULAY, L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale. (Lyon médical, 1899, t. LXII, p. 37.)
- TERRIER ET HARTMANN, De l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée. (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, août 1891.)
- FRITZ FRANK, Ueber extraperitoneale Uterus extirpation. (Archiv für Gynaekologie, 1887, t. XXX.)
- GONET, L'hystérectomie vaginale en France (th. Paris, 1886.)
- GUSTAVE HASSE, Mémoire pour servir à l'histoire de l'extirpation de l'utérus. (Revue méd., 1827, t. II, p. 67.)
- COUDEREAU, De l'ablation totale de l'utérus par la vulve, description d'un procédé opératoire. (Tribune médicale 1847-75, t. VII, p. 546.)
- TINTRELIN, Essai d'anatomie comparée sur les ligaments utérins (th. Paris 1898-99, t. XLVII.)
- VELPEAU, Eléments de médecine opératoire, 1839.
- POZZI, Traité de gynécologie.
- LABADIE LAGRAVE ET LEGUEU, Traité de gynécologie.
- DUNCAN, On extirpation of the entire uterus. (Trans. of the Obstet. Soc., Londres 1885, t. XXVII.)
- TESTUT, Traité d'anatomie humaine.
- KIEFFEL, Art. Uterus. Traité d'anat. de Poirier.
- PÉAN ET URDY, Hystérotomie de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie, Paris, 1873.

- POZZI, de la Valeur de l'hystérotomie, Paris (th. d'agrég. 1875).
— Indicat. et technique de l'hytéréctomie vaginale pour cancer. (Ann. de Gynécologie, 1888.)
- GOTTSCHALK, Die Nachbehandlung der vaginalen Totalexstirpation. (Centrabblatt für Gynek., 1890.)
- JENNINGS, On excision of the entire uterus for cancer. (Lancet. 1886, n^{os} 15 et 16.)
- BRENNECKE, Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation. (Centralblatt für Gynek., 1883.)
- MÜLLER, Ueber die Extirpatio uteri vaginalis. (Deutsche med. Wochens., 1881 et Centralblatt für Gynek., 1882.)
-

TABLE

PRÉFACE	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Etude anatomique : connexions de l'utérus avec le péritoine pelvien	15
A. Péritoine utérin ou périmétrium	16
B. Rapports des bords latéraux de l'utérus avec les ligaments larges et les organes qui y sont conte- nus	19
CHAPITRE II. — Manuel opératoire de l'hystérectomie sus- pubienne totale sous-péritonéale	29
CHAPITRE III. — Critique de l'hystérectomie sus-pubienne : parallèle avec les autres méthodes d'hystérecto- mie	35
1. Avantages	36
2. Inconvénients	37
3. Parallèle avec les autres méthodes	39
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

